

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

469

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

GINZBERG vel GINSBERG Wolf-Mayer

Né le 28 Février 1906, à Varsovie (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des tumeurs bénignes kystiques
de la lèvre inférieure

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

GINZBERG vel GINSBERG Wolf-Mayer

Né le 28 Février 1906, à Varsovie (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ETUDE des tumeurs bénignes kystiques de la lèvre inférieure

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

1935

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) . . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologiç.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS . .	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIE	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SÈNEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologiç.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiç.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT		SCHWARTZ	Clinique Obstétricale.
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	
LIAN		GUENIOT	
PASTEUR-VALLERY- RADOT		LE LORIER	
SÉZARY		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de profonde affection.

A MA SOEUR

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRABLE DE HAJTOWITZ SAMUEL

Ami et camarade disparu accidentellement à la fin de ses
études (Août 1934)

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Président de la Société Française de Prophylaxie
sanitaire et morale

*En le remerciant du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR MAHÉ
Stomatologiste honoraire de l'Hôpital Saint-Louis

*En le remerciant de la bienveillance qu'il
m'a montrée durant l'année passée dans
son service.*

A M. LE DOCTEUR SCHEEFER D.D.S.
Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur à l'Ecole Française de Stomatologie

Hommage de profond respect.

A M. LE DOCTEUR DECHAUME
Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur adjoint à l'Ecole Française de Stomatologie

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de notre respectueuse recon-
naissance et de notre gratitude.*

A M^{lle} LE DOCTEUR S. DOBKEVITCH
Chef de laboratoire à l'Hôpital Broca
et à l'Amphithéâtre des Hôpitaux

*Pour sa précieuse collaboration.
Notre très sincère reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR BERTRAND
Assistant du Service de Stomatologie de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

INTRODUCTION

A la fin de l'année 1934, nous eûmes l'occasion de voir dans le service du Dr Mahé, stomatologiste de l'Hôpital St-Louis, deux cas de kystes de la lèvre inférieure. Sur les conseils du Dr Dechaume, stomatologiste des Hôpitaux, nous avons pris ce fait comme sujet de notre thèse inaugurale et avons recherché dans la littérature médicale les travaux auxquels cette partie de la pathologie avait donné lieu.

Les documents qui en font mention sont peu nombreux et de date relativement récente. Il nous a semblé cependant que cette question présentait un certain intérêt, tout au moins à deux points de vue : 1° leur étiologie et 2° leur structure.

Ce sont ces deux points que nous allons mettre en lumière au cours de ce modeste travail que nous avons divisé en quelques chapitres :

1. Historique.
2. Observations.
3. Clinique.
4. Anatomie et histologie normale.
5. Anatomie pathologique.
6. Pathogénie et étiologie.
7. Traitement.
8. Conclusions.

Avant d'entreprendre notre travail nous tenons à exprimer ici nos remerciements les plus reconnaissants à tous ceux, qui nous ont guidé par leurs con-

seils et en particulier à M. le Docteur Dechaume, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a donné de précieux conseils.

Nous remercions également Mlle le Docteur S. Dobkevitch, chef de Laboratoire à l'Hôpital Broca et à l'Amphithéâtre des Hôpitaux, de la bienveillance qu'elle nous a témoignée en voulant bien nous accorder sa collaboration.

HISTORIQUE

Les documents relatifs aux kystes des glandes labiales sont peu nombreux, comparativement à ceux qui se rapportent aux tumeurs des autres glandes salivaires ; ils sont de date relativement récente.

La première observation qui en fait mention est de James Paget et remonte à 1851. Cet auteur dans un mémoire (*Lectures delivered at the Royal College of Surgeons, London*) publia 3 observations dans lesquelles il signale la présence de kystes, du tissu cartilagineux et du tissu glandulaire dans les mêmes tumeurs.

En 1852, Hugnier publia les observations de plusieurs tumeurs de la lèvre, qu'il considérait comme une hypertrophie glandulaire simple.

Quelques années plus tard, en 1866, Broca présenta à la Société de Chirurgie un adénome de la lèvre inférieure.

A citer encore les observations de Masson dans le *British med. Journal*, (1868) celles de Humphrey dans le *British med. Journal*, (1880) et enfin Hodenpyl qui les publia dans le *Boc. N.-York Path. Soc.*

Plus près de nous on note une observation de Lecène, dans le *Bulletin de la Société Anatomique* de 1904, sur le kyste de la face muqueuse de la lèvre inférieure. Dans cette publication il constata une ressemblance clinique et histologique entre les tumeurs kystiques de la lèvre inférieure et les grenouillettes sublinguales.

Il élimine les kystes par rétention glandulaire ainsi que les kystes congénitaux et émet l'hypothèse d'une dégénérescence spéciale mucoïde du tissu

conjonctif avec formation kystique secondaire, comme on l'observe, par exemple, dans les soi-disant kystes synoviaux juxta-articulaires.

En 1908, on trouve dans le Bulletin de la Soc. Anat. de Paris une communication de Letille sur le kyste séro-albumineux congénital de la lèvre.

A la même Société, Lecène publia en 1908 un cas de kyste où il croit à l'origine de cette tumeur une inflammation subaiguë du tissu conjonctif accompagnée d'une dégénérescence muqueuse spéciale.

Masson en 1909 présente à la Soc. Anat. de Paris un cas de tumeur bénigne de la lèvre supérieure.

Dans la Revue de Stomatologie de 1926 a été publiée une observation de MM. L'Hirondel et Gornouec d'un kyste vrai de la lèvre inférieure. Ces auteurs invoquent dans l'étiologie de cette affection une infection légère dont le point de départ serait une gingivite tartrique.

En 1927 nous trouvons une publication de Bailis dans les Annales d'Anat. Pathologique sur un kyste dont l'apparition a été précédée d'un hématome; mais l'auteur ne croit pas qu'il existe un rapport entre le kyste et le traumatisme.

MM. Sézary et Auzepy présentent en 1933 à la Soc. Française de Dermatologie et Syphiligraphie un lymphangiome de la lèvre inférieure.

Enfin en 1935, Rochette publia dans la Revue de Stomatologie un cas de kyste épidermique traumatique de la lèvre inférieure avec dégénérescence de sa paroi.

Ces tumeurs kystiques constituent donc une affection qui n'a pas été l'objet de nombreux travaux. C'est pourquoi il nous semble intéressant de faire une étude d'ensemble à propos de quelques observations inédites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I (Docteur Dechaume)

M. C..., 25 ans, vient à la consultation de Saint-Louis pour un petit kyste de la lèvre inférieure évoluant depuis quelques mois sans douleurs. L'examen montre en effet une petite tuméfaction siégeant sur le versant muqueux de la lèvre inférieure gauche à la hauteur de la canine. Le 4 mai 1934, énucléation de la poche kystique. Suites opératoires normales.

Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch : laboratoire du Docteur Civatte) :

La coupe montre, au voisinage d'une glande salivaire de structure normale un pseudo-kyste à contenu mucoïde dont la paroi est constituée par un tissu de granulation très riche en spongiocytes. L'aspect est celui d'une réaction autour d'un épanchement mucoïde.

OBSERVATION N° II (Docteur Dechaume)

M. F... vient le 17 mai 1934 à la consultation pour une petite tumeur de la lèvre inférieure gauche, dont il se serait aperçu depuis 3 semaines.

Elle siège sur le versant muqueux à 1 cm. et demi du bord libre, près de la ligne médiane. Elle se présente sous l'aspect d'une petite tuméfaction blanchâtre de la grosseur d'une tête d'épingle en verre, avec les apparences d'une cicatrice plutôt que d'un kyste.

Elle se trouve en rapport avec un diastème situé entre la canine et l'incisive latérale.

Rien à retenir dans les antécédents. Aurait toujours joui d'une excellente santé.

Excision sous anesthésie locale. Suture. Suites opératoires normales.

Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch : laboratoire du Docteur Civatte) :

Erosion au fond de laquelle on trouve un tissu de granulation tuberculoïde. S'agit-il d'une tuberculose vraie ou d'un kyste salivaire ulcéré et infecté ? C'est ce qu'il est impossible de trancher.

En janvier 1935, la guérison se maintient. Il semble donc qu'on pourrait accepter l'interprétation d'un kyste salivaire ouvert.

OBSERVATION N° III (Docteur Dechaume)

Mlle P..., 26 ans, vient nous consulter pour une petite tumeur à la lèvre inférieure. Elle aurait débuté, il y a 2 mois et demi, sous la forme d'une petite bulle que la malade a percée avec une aiguille. Elle aurait récidivé à 2 reprises et aurait été, à chaque fois, ponctionnée par un dentiste.

Le 13 juillet, nous constatons sur le versant muqueux de la lèvre inférieure gauche, en regard de la canine et de l'incisive latérale inférieure séparées par un diastème de 1 à 2 mm., l'existence d'un petit kyste de la grosseur d'un noyau de cerise.

Par ailleurs, la muqueuse labiale présente des zones de desquamation qu'on retrouve également sur les joues. La malade a l'habitude de se mordiller les lèvres et les joues.

Sous anesthésie locale excision facile du kyste, suivie de sutures. Guérison en 6 jours.

Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch : laboratoire du Docteur Civatte) :

L'examen histologique montre, au voisinage d'une glande salivaire de muqueuse normale, une érosion de la muqueuse qui est remplacée par un tissu de granulation dans lequel on trouve quelques cellules géantes. Le stroma conjonctif présente en quelques points une réaction positive très atténuée au muci-carmin.

OBSERVATION N° IV (Docteur Dechaume)

Mlle B..., 39 ans, vient consulter à Saint-Louis le 23 novembre 1932 pour une petite tumeur du versant muqueux de la lèvre inférieure, à la hauteur de la canine inférieure droite. Elle se serait développée depuis 3 ans d'une façon insidieuse et indolore. Avant que la tumeur apparaisse, la muqueuse aurait été irritée par une dent mal obturée maintenant couronnée, la première prémolaire supérieure droite.

A l'examen, nous trouvons une petite tumeur sessile, arrondie, de consistance rénitente, recouverte par un épithélium d'apparence normale. Rien à retenir dans les antécédents si ce n'est qu'elle aurait été opérée il y a 7 ans d'un kyste du palais, sans rapport avec les dents (cicatrice médiane).

Excision au bistouri électrique. Suture.

Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch : laboratoire du Docteur Civatte) :

Fibrome sous-muqueux ; présence d'une petite glande salivaire muqueuse en bordure du fibrome. 15 jours après récidive sous forme d'un petit nodule induré. Le 17 janvier

1933, nouvelle intervention au bistouri électrique, excision du nodule. Suites opératoires normales.

Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch : laboratoire du Docteur Civatte) :

Épanchement de mucus (muci-carmin positif) dans le tissu interstitiel dans le voisinage des glandes salivaires.

OBSERVATION N° V (Docteur Dechaume)

Mlle I... 35 ans, vient consulter à Saint-Louis le 24 novembre 1932, pour une tuméfaction labiale siégeant en regard de l'incisive latérale inférieure gauche. Elle a le volume d'une noisette ; sa consistance est assez ferme.

Le début remonterait à 3 mois. Depuis, la malade se mord parfois la lèvre, ce qui détermine une poussée inflammatoire. C'est ce qui la décide à venir demander son extirpation. Elle a fait récemment quelques applications de formol qui ont déterminé une petite ulcération, que nous laissons cicatriser avant d'intervenir. Le nodule est extirpé sous anesthésie locale le 24 novembre 1932 : il se présente comme un petit fibrome. La malade a été revue le 14 février : la guérison se maintenait. Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch. Laboratoire du Docteur Civatte) : épanchement interstitiel de mucus au voisinage d'une glande salivaire.

OBSERVATION N° VI (Docteur Dechaume).

Mme B..., 40 ans, vient à la consultation de Saint-Louis pour une petite tumeur du versant muqueux de la lèvre inférieure droite, près de la commissure.

Cette tumeur est apparue, il y a 2 à 3 ans, de façon insidieuse et indolente.

A l'examen, elle apparaît sous forme d'une tumeur sessile du volume d'un pois, arrondie, un peu dure. L'épithélium qui la recouvre est finement granuleux et blanc opalin. Pas d'adénopathie. Rien dans les antécédents.

Excision au bistouri électrique : un point de suture.

Examen histologique (Mlle S. Dobkevitch : laboratoire du Docteur Civatte) :

Hémolymphangiome sous-muqueux.

OBSERVATION N° VII (Docteur Dechaume)

M. D..., 27 ans, vient consulter pour une adénite sous-maxillaire bilatérale et sus-claviculaire droite, dont il se serait aperçu il y a 3 mois. Depuis, ils ont augmenté progressivement de volume.

En dehors de cette adénopathie, nous constatons l'existence d'une petite tumeur ulcérée de la lèvre inférieure droite.

Le malade nous dit que cette tuméfaction serait apparue il y a un mois. Elle siège à égale distance entre la commissure et la ligne médiane, sur le versant muqueux, à un demi-centimètre du bord libre. Elle est de la grosseur d'un pois, à son niveau, la muqueuse est légèrement exulcérée, sur une zone arrondie de 2 mm. de diamètre, à travers laquelle fait hernie une prolifération verruqueuse. Pas d'infiltration à la profondeur.

Le 24 juillet, excision de la petite tumeur. Suture. Suites opératoires excellentes.

Examen histologique (Docteur Delarue. Institut du Cancer (Professeur Roussy) :

Papillome typique.

Cutiréaction à la tuberculine extrêmement positive, ce qui permet de porter le diagnostic d'adénopathies tuberculeuses. On commence un traitement par la Cristalbine.

OBSERVATION N° VIII (Docteur Dechaume)

M. H..., 38 ans, se présente le 22 décembre 1934 à la consultation de Saint-Louis pour une petite tumeur de la lèvre inférieure droite.

Elle se serait développée depuis 15 jours sans aucun signe douloureux, tout au plus, un peu de gêne fonctionnelle.

Le malade nous dit en outre qu'une semblable tuméfaction se serait développée au mois d'août dernier, exactement à la même place, elle aurait duré 4 à 5 jours puis disparu spontanément.

A l'examen, en éversant légèrement la lèvre inférieure, on découvre facilement, sur le versant muqueux, à 1 cm. de la commissure, une tuméfaction du volume d'une noisette, à reflets légèrement bleuâtres, recouverte par une muqueuse d'aspect normal. Elle est indolore, de consistance fluctuante.

L'interrogatoire nous révèle en outre que le malade aurait eu des hémoptysies au début de 1920, aurait fait un traitement de 1 an. Depuis, il ne se serait senti de rien. Il conserve une sclérose des 2 sommets qui a motivé une réforme avec 20 %.

Le 22 décembre, excision du kyste qui s'ouvre au cours de l'intervention et laisse échapper un liquide visqueux très épais. La poche se clive très difficilement, il faut l'exciser avec les ciseaux.

Suites opératoires excellentes. Cicatrisation le 26 décembre.

CARACTÈRES CLINIQUES

En lisant les quelques observations que nous avons recueillies avec le Dr Dechaume, dans le service du Dr Mahé, stomatologiste à l'Hôpital Saint-Louis, on est frappé par le fait, que l'histoire clinique de ces tumeurs bénignes est à peu près toujours la même. Qu'il s'agisse de kystes vrais ou de pseudo-kystes, leur allure clinique, leurs modalités évolutives sont identiques. Aussi, en confondrons nous la description dans un rapide rappel de leurs caractères généraux et de leur physionomie clinique.

Le petit nombre des observations publiées montre que ces tumeurs sont en général assez rares.

Elles ne semblent pas avoir une prédilection marquée pour l'un ou l'autre sexe et se rencontrent avec une fréquence sensiblement égale chez l'homme et chez la femme. Ainsi dans les cinq observations rapportées, 3 concernent des femmes et 2 des hommes.

En ce qui concerne l'âge des sujets frappés par cette affection, on peut dire que le début apparent se fait avec le maximum de fréquence à l'âge adulte de 25 à 40 ans. Cependant, on les rencontre aussi chez les enfants, ainsi que nous le montre l'observation de Baillis.

Leur siège est presque constant. Ces tumeurs se développent dans une des moitiés de la muqueuse de la lèvre inférieure, jamais elles ne siègent au milieu. Elles occupent non pas le bord libre de la lèvre, mais sont situées à égale distance du bord libre et du sillon gingivo-labial et entre la partie médiane

de la lèvre et la commissure. Parfois les tumeurs siègent à l'union du bord muqueux et de la peau.

La symptomatologie est des plus simples. Le malade découvre, tout à fait par hasard, un petit noyau qui occupe la muqueuse de la lèvre inférieure qui ne le fait pas souffrir, mais qui provoque parfois une certaine gêne.

A l'examen local on se rend compte de la présence sur la face muqueuse de la lèvre d'une tumeur de volume variable, allant des dimensions d'une lentille ou d'un pois à celles d'une noisette. La peau garde son aspect normal, mais en éversant la lèvre on constate que la muqueuse est soulevée et amincie ; elle présente une coloration blanc-nacrée où légèrement bleutée, pâle, qui fait contraste avec la couleur rose normale de la muqueuse voisine.

Rarement elle est ulcérée ; l'ulcération est alors due au frottement sur une dent cariée, ou sur un dépôt tartrique ou encore à ce que cette tuméfaction faisant saillie du côté du rebord alvéolaire, est mordue pendant la mastication.

Mais jamais jusqu'à présent on n'a vu la tumeur ulcérer la muqueuse et cela pour cette raison que la tumeur est bien limitée, restant sans adhérences avec les tissus voisins.

Par la seule inspection, mais surtout par diaphanoscopie on peut mettre en évidence sa translucidité.

A la palpation, on a la sensation d'une nodosité généralement arrondie, régulière, indolore, bien limitée irréductible, encapsulée. Sa consistance est assez variable. Le plus souvent elle est ferme et élastique et plus ou moins rénitente. Parfois elle est fluctuante, mais c'est un fait assez rare, difficile à percevoir.

Si l'on examine les rapports de la tumeur avec les plans sus et sous-jacents, on se rend compte qu'on peut, en la prenant entre le pouce et l'index, lui communiquer divers mouvements sur la couche musculieuse avec laquelle elle ne présente aucune adhérence, ou tout au moins, des adhérences très légères. Elle est également indépendante de la muqueuse qui quoique tendue, glisse parfaitement sur elle.

Quant au reste de la muqueuse buccale, elle ne présente en général rien d'anormal ; les lèvres, les joues, la langue, la voûte n'offrent à l'examen le plus minutieux, aucune lésion.

Les signes fonctionnels sont ordinairement nuls. Il faut que la tumeur ait acquis un volume assez grand pour apporter une gêne notable à certains actes fonctionnels. De plus, la tumeur est complètement indolore. Il s'ensuit que l'état général n'est en rien modifié.

Cette tumeur a-t-elle un retentissement ganglionnaire ? Dans les observations que nous possédons nous n'avons pas trouvé d'adénopathie. Il est évident, cependant, que dans les cas où la muqueuse est ulcérée, on peut trouver un engorgement ganglionnaire analogue à celui que l'on rencontre dans toutes les autres ulcérations des lèvres.

Le développement de ces tumeurs se fait plus ou moins rapidement. Le plus souvent la tumeur met 15 jours à 3 mois (du début apparent) pour acquérir la grosseur d'une noisette. Nous avons vu dans une de nos observations un cas où l'évolution a duré plus de trois ans.

Si la tumeur n'est pas enlevée, elle continuera à augmenter de volume, deviendra de plus en plus grande et en même temps la muqueuse s'amincira.

A un moment donné, la tuméfaction percée par le malade lui-même ou par un traumatisme fortuit peut s'ouvrir et donner issue à un liquide assez épais. Mais la sortie du mucus n'amène pas la guérison ; les tumeurs ont toujours tendance à se refermer et à continuer leur évolution.

La gêne, qui est le seul symptôme fonctionnel, deviendra plus grande. Quelquefois la tumeur peut s'infecter et s'ulcérer et alors on voit l'apparition des douleurs et d'engorgement ganglionnaire. Mais en général l'état du malade reste excellent et l'appareil lymphatique intact.

Il faut noter que jamais on n'a assisté à une transformation maligne de ces tuméfactions.

Le pronostic est assez favorable. Une fois extirpée on peut espérer que la tumeur ne récidivera pas.

Le diagnostic de ces tumeurs liquides des lèvres, après l'étude que nous venons d'en faire, semble être d'une grande facilité et, en effet par leurs caractères que nous leur connaissons déjà : leur siège à la lèvre inférieure, leur consistance rénitente, leur mobilité sous la muqueuse saine, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'absence de douleurs, on pourrait croire qu'une erreur est presque impossible. Pourtant il existe d'autres variétés de tumeurs, soit tout à fait bénignes, soit, au contraire à caractère essentiellement malin qui peuvent rendre le diagnostic des tumeurs mais surtout celui de leurs variétés sinon cliniquement impossible, du moins fort ardu et peuvent nécessiter une ponction et un examen de laboratoire ; fréquemment la ponction n'amène pas de liquide par la seringue, ce n'est qu'après avoir retiré l'aiguille que le liquide sort par l'orifice de la ponction.

Le diagnostic *avec les tumeurs malignes* devra se faire avec précision et précocité.

Le sarcome est très rare et a une évolution rapide.

L'épithélioma des lèvres est une tumeur des gens âgés ; l'âge moyen auquel on l'observe est de 60 ans ; et il est particulièrement fréquent de 65 à 70 ans, survenant surtout chez l'homme. Il débute d'emblée, par une plaque de leucoplasie sur la muqueuse ou par une sorte de verrue sur la face cutanée ; aussi, n'y a-t-il le plus souvent pas possibilité de confusion : cependant dans quelques cas rares, le début se fait par un noyau sous-muqueux interstitiel, s'accompagnant presque dès le début d'engorgement ganglionnaire, ce qui suffit à le faire connaître.

Parmi les autres tumeurs bénignes les principales qui puissent prêter à confusion sont : les tumeurs mixtes, les adénomes, les lipomes, les fibromes, les botryomycomes, les lymphangiomes et les angiomes, les chéloïdes et les papillomes.

1° Les tumeurs mixtes.

Ces tumeurs ont pour siège presque constant la lèvre supérieure ; très rarement elles siègent à la lèvre inférieure (il y a une observation de Wood publiée en 1904 qui est le seul cas authentique de tumeur mixte occupant la lèvre inférieure). Elles se développent en général dans une des moitiés de la lèvre supérieure, au niveau des points de soudure des bourgeons maxillaires ; à 1 cm. environ au-dessus du bord libre à égale distance entre la commissure labiale et la ligne médiane, de consistance dure, très mobile, sans adhérence, sans adénite et sans signes fonctionnels. Leur évolution présente deux périodes bien distinctes : une première période très

étendue, de bénignité et une deuxième période de malignité succédant à la première et caractérisée par une marche rapide, pouvant s'accompagner d'engorgement ganglionnaire, de ramollissement et d'ulcération.

Donc il faut opposer les tumeurs mixtes qui siègent presque uniquement à la lèvre supérieure, aux tumeurs kystiques qui occupent presque toujours la lèvre inférieure.

2° Les adénomes.

Les adénomes, simple hypertrophie des glandes labiales, quelquefois indurés et accolés ensemble par du tissu fibreux, sont ordinairement petits et indolents. Ils sont multiples et soulèvent la muqueuse en petites saillies granuleuses, pouvant former un véritable bourrelet.

Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, sans tendance à l'accroissement et dont le diagnostic est si facile qu'on ne peut guère se tromper.

3° Les angiomes, lymphangiomes et hémato-lymphangiomes.

Les angiomes pourraient aussi prêter à confusion ; on devra faire entrer en ligne de compte dans le diagnostic l'augmentation de la tumeur à l'effort, sa réductibilité, sa limitation plus ou moins nette et enfin sa date d'apparition.

Les lymphangiomes se rencontrent plus souvent à la lèvre supérieure, de résistance élastique, irréductibles à la pression, sans limites nettes mais contrairement à ce qui s'observe dans l'angiome les cris et les efforts seraient sans influence sur la tuméfaction.

Les hémato-lymphangiomes se distinguent des lymphangiomes par ce fait que dans les premiers il

y a des zones dépressibles avec de petites bosselures bleuâtres sur la muqueuse, tandis que dans les derniers la consistance est uniformément ferme, dure (Observation N° 6).

4° Les lipomes.

Ce sont des tumeurs très rares qu'on rencontre surtout chez la femme ; leur siège de prédilection serait plutôt la lèvre inférieure. Ils ont quelques caractères qui les différencient des tumeurs kystiques comme : leur volume plus considérable, leur consistance plutôt un peu molle et enfin leur délimitation moins nette.

5° Les fibromes.

Les fibromes semblent être rares ; aussi n'y faut-il point songer.

6° La chéloïde.

Se rencontre rarement aux lèvres ; elle débute par une induration circonscrite, saillante, qui grossit en peu de semaines ou de mois. Elle devient une tumeur très dure, à surface lisse, de forme globuleuse, indolore. Elle survient presque toujours à la suite d'un traumatisme ou d'une morsure.

7° Les papillomes.

Les papillomes sont très rares au niveau de la lèvre inférieure. Ils se distinguent facilement des kystes et leur diagnostic est très aisé. (Observation N° 7).

8° Les Botryomycomes.

Les botryomycomes de la lèvre inférieure présentent ses caractères habituels ; c'est une tumeur sessile ou pédiculée affectant la forme d'un segment de sphère, de coloration rouge framboisée, lisse, suintante, saignant avec la plus grande facilité.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE NORMALE DES LÈVRES

Pour éclaircir l'anatomie pathologique il nous a semblé utile de rappeler quelques notions d'anatomie normale.

La lèvre est essentiellement constituée par un muscle strié, l'orbiculaire, revêtu, en avant par la peau, en arrière par la muqueuse buccale. Sur une coupe antéro-postérieure on se rend compte que la face antérieure se montre revêtue par la peau, munie de glandes sébacées et sudoripares. Le bord libre des lèvres est dépourvu de glandes et de phanères. La face postérieure des lèvres est revêtue par un épithélium pavimenteux stratifié, sans couche granuleuse, le derme est muni de papilles, courtes et renflées.

A cette région sont annexées des glandes. Ces glandes forment immédiatement en arrière de la couche musculieuse une nappe à peu près continue. Leur nombre est considérable ; ce sont de petites formations arrondies, juxtaposées et unies entre elles par un tissu cellulaire lâche. Leur volume est très variable. Si beaucoup d'entre elles, en effet, sont très petites, de la grosseur d'un grain de mil, la plupart, au contraire et cela surtout sur les parties latérales des lèvres, ont un volume beaucoup plus considérable, qu'on peut comparer à celui d'un gros plomb de chasse, d'un grain de blé.

Chacune d'entre elles possède un canal excréteur qui lui est propre et qui vient s'ouvrir après un trajet naturellement court sur la face postérieure des lèvres dans le vestibule.

Ces glandes forment sur les deux lèvres une couche continue étendue d'une commissure à l'au-

tre dans le sens de la largeur, du cul de sac gingivo-labial au bord labial dans le sens vertical. Les couches glandulaires des deux lèvres sont absolument indépendantes l'une de l'autre et séparées au niveau de la commissure par l'épaisseur des muscles, qui viennent s'insérer et s'entre-croiser à cet endroit.

Les glandes sont beaucoup plus nombreuses et plus volumineuses à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure. Mais partout elles présentent ce même caractère : très petites vers la partie moyenne, elles vont en augmentant de nombre et de volume vers les commissures.

A cet endroit, aux deux lèvres, elles sont massées en grand nombre, les unes absolument isolées ou isolables les unes des autres, les autres réunies ensemble formant par conséquent en haut et en bas de la commissure de véritables glandes englobées, analogues aux glandes sublinguales, ayant la grosseur d'un pois à la lèvre inférieure, un peu plus petites à la lèvre supérieure.

Il y a donc aux lèvres deux variétés de glandes, les unes isolées, les autres conglobées.

Ces dernières, d'ailleurs, sont bien séparées des autres ; elles forment la limite extérieure de la couche glandulaire et c'est à peine si on peut trouver un ou deux lobules glandulaires en dehors d'elles.

En dedans, au contraire, les glandules salivaires sont très nombreuses, formant une couche presque continue, qui va en diminuant d'épaisseur vers la partie moyenne, ayant son maximum vers la moitié de la hauteur des parties latérales, immédiatement entre la muqueuse et les artères coronaires.

A la lèvre inférieure, les glandes très petites sont encore nombreuses à la partie moyenne ; à la

lèvre supérieure elles disparaissent complètement de telle sorte qu'on n'en trouve pour ainsi dire plus au niveau de la sous-cloison du nez.

Au point de vue de leur structure comme de leurs fonctions, ce sont des glandes salivaires. Kolliker (1) les a étudiées d'une façon toute spéciale et nous lui empruntons la description qu'il en a donnée et qui d'ailleurs est celle de toutes les glandules de la muqueuse buccale.

« Toutes les petites glandules salivaires de la muqueuse buccale qui sont des glandes acineuses, présentent la même structure et se composent sans exception d'un certain nombre de lobules glandulaires et d'un canal excréteur ramifié. Dans les glandules les plus simples, les lobules sont peu nombreux, allongés, ou piriformes, quelquefois arrondis, souvent aplatis ; ils ont 1 mm. à 1 mm. 5 de longueur, sur 0 mm. 5 à 1 mm. de largeur. Chacun de ces lobules repose sur un rameau du canal excréteur de 70 à 100 μ de largeur. Le canal lui-même mesure de 250 à 700 μ de diamètre. Les lobules se composent d'un certain nombre de conduits tortueux et garnis d'une foule de dépressions en cul-de-sac simples, ou composé, qui semblent être la continuation directe des canaux excréteurs des lobules ; ces canaux à peine entrés dans les lobules se divisent successivement en un certain nombre de branches, le plus souvent sans diminuer de diamètre.

» Les prétendues vésicules glandulaires (acini) ne sont autre chose que les petits cœcums et les extrémités de ces conduits, dernières ramifications des canaux excréteurs. Examinés superficiellement à

(1) Kolliker. *Eléments d'histologie humaine*, 1868.

un faible grossissement, les acini paraissent régulièrement arrondis ou piriformes ; mais une étude minutieuse d'un lobule entier, ou mieux encore de toute une glande dilacérée et injectée prouve que ces vésicules affectent des formes très diverses, qu'elles sont arrondies, piriformes ou allongées. Il n'est guère possible de décrire toutes les variétés qui se présentent sous ce rapport, aussi me contenterai-je de faire observer que les terminaisons des lobules glandulaires offrent souvent en petit les formes et aussi la structure des vésicules séminales.

» Les plus fins canaux et les vésicules glandulaires sont constitués par une membrane propre qui a 1,8 à 2,7 μ d'épaisseur, et par un épithélium qui sur des préparations fraîches se montre sous l'aspect d'une couche continue, tapissant les extrémités glandulaires, mais qui s'en détache avec une grande facilité et forme alors dans leur intérieur, une masse grenue. Les cellules épithéliales sont disposées en simple couche sur la membrane propre ; elles sont pentaédriques et hexaédriques, quelquefois un peu allongées ; elles mesurent 10 à 14 μ en largeur, 7 à 9 μ en épaisseur et contiennent un noyau arrondi ou oblong, muni souvent d'un nucléole très net. Autour du noyau se voit, ainsi que Douders l'a démontré, une certaine quantité de mucus fluide, qui se coagule par l'acide acétique et dans lequel nagent un certain nombre de granulations plus ou moins grosses qui, tantôt ont simplement l'aspect de la graisse blanche et tantôt sont colorées en jaune ou en brun, contribuant à donner ainsi cette couleur à la glande.

» Les éléments des lobules glandulaires que nous venons de décrire sont très serrés les uns contre les autres, de sorte qu'il n'est pas rare de les voir

s'aplatir mutuellement. Néanmoins, il existe toujours entre eux une certaine quantité de tissu conjonctif dans lequel cheminent les vaisseaux. De plus, ces divers lobules et la glande tout entière sont entourées d'une enveloppe plus dense de tissu conjonctif entremêlé de fibrilles élastiques, parfois aussi de cellules adipeuses.

» Dans les petites glandes, il n'y a pas d'autres subdivisions que les lobules et les vésicules ou utricules glandulaires que nous avons décrits. Dans les glandes plus volumineuses, les glandes labiales ou palatines par exemple, un certain nombre de lobules simples s'entourent d'une enveloppe commune de tissu conjonctif et constituent ainsi des lobules secondaires ; ceux-ci correspondent, pour la structure, à une glande dont ils ont également le volume, c'est-à-dire 1 à 3 millimètres de diamètre.

» Les conduits excréteurs des lobules présentent une tunique conjonctive renfermant des réseaux de fibres élastiques de 18 à 22 μ d'épaisseur dans les conduits principaux sur les petites glandes, 67 et même 90 μ sur les grandes, l'épithélium à 27 μ .

» Je n'ai trouvé aucune trace de fibres musculaires, soit dans les glandes elles-mêmes, soit dans les conduits excréteurs. Mais on y voit une foule de petits vaisseaux qui pénètrent entre les lobules avec le canal excréteur ou autrement, et forment autour de ces derniers et autour des vésicules du réseau lâche de capillaires de 6, 7 μ de diamètre, si bien que chaque vésicule entre en contact avec au moins trois ou quatre capillaires.

» Des nerfs nombreux accompagnent les canaux excréteurs ; çà et là on voit aussi quelques tubes de moyen calibre, dans l'épaisseur des glandes elles-mêmes ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue dans les tumeurs liquides de la lèvre inférieure 2 grands types histologiques : des kystes vrais et des pseudo-kystes.

1° Les kystes vrais, sont des tumeurs, caractérisées par l'existence de cavités tapissées à leur face interne par un revêtement épithélial ; ces cavités sont remplies par un liquide de nature variable.

Nous n'insisterons pas sur cette affection, car ils ne diffèrent en rien des kystes vrais dans leurs autres localisations.

2° Les pseudo-kystes, caractérisés par l'absence totale de tout revêtement, présentent pour nous un plus grand intérêt, aussi les décrirons-nous plus particulièrement.

Depuis les descriptions anatomo-pathologiques qui ont été faites des pseudo-kystes, en particulier par Lecène, ceux-ci constituent une formation liquide, uniloculaire, sans revêtement épithélial et dont le contenu est épais, visqueux, caractérisé par sa teneur élevée en albumine et mucine et ne renfermant ni ferment ni sulfocyanure différent donc de la salive.

A l'examen microscopique (1) les parois apparaissent comme constituées par les deux couches suivantes, qui se superposent de dehors en dedans :

1° Une couche externe formée par du tissu conjonctif dense, tassé en lamelles concentriques, peu vasculaires, présentant en certains points des fibres musculaires striées et des glandules.

(1) Lecène. Bulletin de la Soc. Anat. Paris, 1904

2° Une couche assez épaisse de tissu conjonctif embryonnaire, riche en fibroblastes, abondamment vasculaires et infiltrée de lymphocytes.

La cavité kystique est remplie d'un liquide muqueux coagulé, formant des mailles irrégulières ; au milieu de ce réticulum on trouve en grande quantité de grandes cellules polyédriques à protoplasma vacuolaire, à noyaux bien apparents et fortement teintés, rappelant tout-à-fait les grands mononucléaires.

On trouve enfin en dehors de la paroi kystique des culs-de-sac glandulaires intacts.

En conclusion, nous insisterons sur quelques notions importantes, qui se dégagent de l'étude anatomo-pathologique de ces pseudo-kystes dont nous rapportons les observations.

1. Absence de revêtement épithélial.

2. La périphérie se présente comme une réaction inflammatoire banale et aspécifique autour d'un contenu amorphe.

3. Cette substance est soit de nature muqueuse (réaction franchement positive au mucicarmine), soit mucoïde.

4. Situation constamment juxta-glandulaire de ces formations.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

La pathogénie des tumeurs kystiques, quelque soit leur siège est très difficile à résoudre ; si les hypothèses sont nombreuses, on n'est pas arrivé, à l'heure actuelle, à poser, à ce sujet des conclusions certaines.

Ce problème se pose en particulier, au niveau de la lèvre inférieure, de deux façons différentes suivant qu'il s'agit de kystes vrais — tumeurs proprement dites ou des pseudo-kystes — réactions inflammatoires.

1° En ce qui concerne *les kystes vrais*, les théories en présence sont celles des kystes en général, quelle que soit leur localisation. Nous allons les résumer brièvement.

On distingue trois catégories de kystes :

- 1° Les kystes par rétention dans les glandes.
- 2° Les kystes d'origine congénitale.
- 3° Les kystes par inclusion traumatique.

1° *L'hypothèse des kystes par rétention* du produit de sécrétion dans les glandes soulèvent, aujourd'hui encore, l'un des problèmes les plus discutés de la pathologie générale. Jadis, les théories ne mettaient pas en doute la possibilité et la fréquence de la rétention des produits de sécrétion d'une glande, à l'intérieur soit de ses canaux excréteurs, soit de ses cavités sécrétrices. De nos jours, on n'admet plus que la ligature brusque ou rapide du canal excréteur puisse suffire à déterminer, en amont, par stase, dans aucune glande la moindre formation kystique ; il faut, pour produire la rétrodilata-

des conduits excréteurs et des acini d'une glande, une oblitération lente et progressive du canal excréteur. Dans le cas particulier des glandes, la formation des kystes dits par rétention est en réalité très complexe et la rétention du liquide sécrété n'est pas seule en cause : l'infection microbienne de virulence très faible joue probablement ici un rôle important en provoquant une prolifération de l'épithélium dont le rôle est considérable dans la formation des cavités kystiques. En réalité il ne s'agit pas de tumeurs vraies, mais de tubulites chroniques kystiques.

2° *Les kystes d'origine congénitale.* — Leur pathogénie est expliquée par la théorie d'enclavement ectodermique, véritable inclusion de l'ectoderme embryonnaire au niveau d'une soudure des bourgeons faciaux.

3° *Les kystes épidermoïdes* d'origine traumatique sont intéressants, car ils représentent pour ainsi dire la démonstration expérimentale de la pathogénie des kystes par inclusion.

Leur pathogénie est simple ; à la suite d'un traumatisme, une piqûre surtout avec pénétration de corps étrangers sous les téguments, un lambeau d'épiderme est arraché et enfoncé, inclus dans l'épaisseur des tissus : c'est une véritable greffe épidermique, qui se transforme en cavité kystique. On les observe surtout au niveau des doigts et de la main ; ils sont formés non pas par tout le revêtement cutané, mais seulement par l'épiderme avec toutes ses couches cellulaires ; ils ne contiennent ni papilles dermiques, ni glandes, ni poils ; ce ne sont donc pas des kystes dermoïdes, mais des kystes épidermiques ou épidermoïdes.

En ce qui concerne les faits publiés, nous n'avons trouvé qu'un seul cas confirmant la théorie d'inclusion traumatique (1). Dans nos observations personnelles le traumatisme n'est en rapport qu'avec des pseudo-kystes.

II° *Les pseudo-kystes* paraissent constituer la forme de beaucoup la plus fréquente des tumeurs liquides de la lèvre inférieure. Sa pathogénie ressemble beaucoup à la pathogénie des grenouillettes sublinguales; il nous suffit donc d'emprunter la description que Lenormant a donné des grenouillettes : (2)

» La pathogénie de la grenouillette sublinguale est encore actuellement en discussion. Les théories modernes qui cherchent à l'expliquer peuvent se ranger en deux groupes, les unes attribuant au kyste une origine glandulaire, en faisant une dégénérescence de la glande, — les autres lui donnant une origine embryonnaire, en faisant le résultat d'un enclavement survenu pendant le cours du développement.

» Suzanne, von Hippel, Mintz ont défendu l'*origine glandulaire*. Pour le premier de ces auteurs, la grenouillette résulte d'une transformation muqueuse spéciale de tous les éléments de la glande, acini, travées conjonctives interacineuses et interlobulaires. » Pour von Hippel, le fait primitif serait dans la grenouillette comme dans les kystes de la parotide ou de la sous-maxillaire, une inflammation chronique interstitielle de la glande aboutissant à la sclérose : les petits canaux excréteurs sont étouffés par la prolifération conjonctive et il en résulte une

(1) Rochette. Revue de Stomatologie de 1935.

(2) Lenormant. Précis de Pathologie chirurgicale. 1924.

rétrodilatation des acini qui s'unissent et finissent par former un grand kyste ».

La théorie de *l'origine embryonnaire* est plus récente. Imbert et Jeambreau, Cunéo et Veau en ont été les initiateurs. Il s'agirait, d'après ces derniers, d'une inclusion de débris épithéliaux dans le fond du sillon parilingual externe, d'où provient la glande sublinguale ».

En réalité, ces théories ne peuvent s'appliquer avec exactitude qu'à des formations à revêtement épithélial ; or, nous avons vu que ce revêtement manque totalement dans les pseudo-kystes. C'est donc à une autre explication qu'il faudra avoir recours.

Comme pour la grenouillette, l'épanchement se trouve toujours au voisinage d'une glande salivaire et comme elle il paraît lié soit à une autodigestion glandulaire, soit à une digestion du tissu conjonctif par le contenu glandulaire (diastases, ferments), mis en liberté par un traumatisme ou une inflammation parfois légère. Cette interprétation se rapproche ainsi de celle de Lecène (1).

Leur étiologie est aussi très discutée. L'hérédité ne semble pas intervenir dans cette affection ; les cas que nous avons observés ont toujours été isolés.

En ce qui concerne sa cause déterminante, il semble qu'un traumatisme soit, presque toujours à l'origine (irritation par un appareil de prothèse, pincement de la lèvre sur des dents en malpositions surtout au niveau de la canine, morsures), comme le confirment nos observations.

(1) Thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche. II-1926.

TRAITEMENT

Après ce que nous venons de voir, il est bien évident qu'il ne saurait y avoir qu'un seul traitement des tumeurs liquides des lèvres : c'est leur ablation qui doit être précoce et totale. La technique opératoire est simple.

I. — *Anesthésie.*

L'anesthésie locale est l'anesthésie de choix. Elle se fait au moyen d'une solution de novocaïne à 1 %, additionnée d'adrénaline. Après avoir éversé la lèvre, on injecte 2 cc. du liquide en piquant à une extrémité de la tumeur et en déplaçant l'aiguille au-dessous et autour de la collection.

En général, l'anesthésie est instantanée et parfaite.

II. — *Technique opératoire.*

1^{er} temps : *Incision.*

On pratique une incision muqueuse perpendiculaire à l'axe de la tumeur, si elle est petite. Si la tuméfaction est trop importante, ou s'il existe une ulcération, on fait deux incisions en quartier d'orange, toujours en suivant le grand axe de la tumeur.

2^e temps :

Décollement et évacuation du pseudo-kyste :

On procède à son décollement avec un décolleur, en tâchant de l'énucléer. Le plus fréquemment

la poche kystique, qui est généralement mince, se rompt en donnant issue à un liquide épais, visqueux.

3° temps :

Ablation complète des débris de la poche (temps capital) :

Avec des ciseaux à bouts arrondis, on enlève les débris de la poche kystique. Nous insisterons sur la nécessité de l'ablation complète des débris de la poche du pseudo-kyste. Ces soins apportés à l'exécution de cette manœuvre sont les seuls garants d'une guérison définitive.

4° temps :

Fermeture par première intention.

On suture les bords de la plaie en affrontant exactement les lèvres de l'incision. Un point de suture suffit amplement dans la majorité des cas.

III. — *Résultats :*

Immédiats.— Les résultats immédiats sont bons et la guérison se fait en quelques jours.

Tardifs. — Quant aux résultats tardifs, ils sont excellents, si la technique opératoire était bonne.

Si, au contraire, on a négligé l'ablation des débris pariétaux, on s'expose aux récives qui exigeront une nouvelle intervention.

CONCLUSIONS

1. — Les tumeurs bénignes de la lèvre inférieure sont rares. Leur signification, leur nature, leurs caractères anatomo-pathologiques sont très variables. Toutes les tumeurs bénignes des téguments peuvent se retrouver au niveau des lèvres : tumeurs mixtes, papillomes, angiomes, lipomes, botriomycomes, etc...

D'après nos observations les tumeurs liquides sont assez fréquentes (5 sur 8).

2. — Ces tumeurs liquides de la région labiale inférieure, identiques au point de vue clinique et évolutif, doivent être par leur étio-pathogénie, leur siège, leur structure morphologique, rangées dans deux chapitres différents — des kystes et des pseudo-kystes.

3. — Les kystes vrais :

sont exceptionnels à la lèvre inférieure, de règle à la lèvre supérieure. Ce sont de vraies tumeurs bénignes avec revêtement épithélial.

4. — Les pseudo-kystes :

a) sont relativement fréquents à la lèvre inférieure, par opposition à la lèvre supérieure, où on ne les rencontre presque jamais.

b) Ne peuvent être distingués des autres tumeurs bénignes, que par l'examen histologique.

c) Ne présentent pas de revêtement épithélial, mais apparaissent comme une réaction inflamma-

toire banale autour d'une collection kystique due, sans doute, à la digestion du tissu conjonctif par les ferments glandulaires libérés le plus souvent à la faveur d'une inflammation ou d'un traumatisme.

d) Ils relèvent d'un traitement chirurgical, simple dans sa technique, parfait dans ses résultats, à condition de ne laisser aucun débris de la paroi kystique.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- LECÈNE (P.). — Kyste de la face muqueuse de la lèvre inférieure (Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1904).
- LETULLE. — Kyste séro-albumineux congénital de la lèvre. (Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1908).
- LECÈNE (P.). — Kyste de la lèvre (Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1909).
- MASSON. — Tumeur bénigne de la lèvre supérieure (Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1909).
- COLLET (A.). — Tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres (Thèse de Paris, 1894-1895).
- Contribution à l'étude des tumeurs botryomycosiques de la lèvre chez l'homme. Thèse de Bordeaux, 1905.
- MARTIN. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la lèvre supérieure (Thèse de Montpellier, 1910).
- GOUSOLAS. — Angiome circonscrit de la lèvre inférieure (Soc. de méd. mil. franç. Bull. de Paris, 1914).
- SPEEZE et SVILLERN. — Mucous cyst of lower lip (Internat. clin. Philadelphie, 1917).
- SUTTON. — Retention cysts of the mucous membrane of the lip (J. Cutan. Dis. Syph. Chicago, 1918).
- RIALLAND. — Contribution à l'étude des hémato-lymphangiomes congénitaux des lèvres (Thèse de Rennes, 1919).
- BONNICHON. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des lèvres (Thèse de Paris, 1923).
- L'HIRONDEL et GORNENEC. — Kyste de la lèvre inférieure. (Revue de Stomatologie, 1926).
- LENORMANT. — Précis de Pathologie chirurgicale, 1924.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, T.II, 1926.
- BAILLIS (Jean). — Kyste de la lèvre inférieure (Annales d'Anatomie Pathologique, 1927).
- ROHRER (A.). — Zur Klinik und Pathologie der Lippenkyste (Ergebn. d. ges. Zahnh. Munchen, 1923).
- SÉZARY et ANZÉPY. — Lymphangiome de la lèvre inférieure (Bull. Fr. de Dermatologie et Syphiligraphie, 1933).
- ROCHETTE. — Kyste épidermique traumatique de la lèvre inférieure (Revue de Stomatologie, Février 1935).

